

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

471

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger Pierre HÉBERT

Né le 21 avril 1905 à St-Lo (Manche)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DE QUELQUES CAS INÉDITS

DE

CANCER PRIMITIF
DES TROMPES UTÉRINES

Président : M. PROUST, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1934

174

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger Pierre HÉBERT

Né le 21 avril 1905 à St-Lo (Manche)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DE QUELQUES CAS INÉDITS

DE

CANCER PRIMITIF
DES TROMPES UTÉRINES

Président : M. PROUST, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LAJOUANINE Neurologie et Psychiâ-
trie.
ENARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
ERNARD (Etienne) . . . Pathologie médicale.
OULIN. . . . Pathologie médicale.
ROCQ Pathologie chirurgicale.
ULLIARD . . . Histologie.
ATHALA . . . Pathologie médicale.
HABROL . . . Pathologie médicale.
EVALIER. Pathologie médicale.
OIGNON . . . Physique.
DONZELOT. . . Pathologie médicale.
EY Urologie.
ALLIARD . . . Parasitologie.
ASTINEL . . . Bactériologie.
ATELLIER . Pathologie chirurgicale.
e GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
AYET. . . . Physiologie.
IROUD . . . Histologie.
IAGUENAU . Pathologie médicale.
IALPHEN . . Oto-rhino-laryngologie.
IAZARD . . . Pharmacologie.
HUGUENIN . Anatomie pathologique.
OANNON . . . Hygiène.
ABBÉ (Henri). Chimie biologique.
ACOMME . . . Obstétrique.
ANTUÉJOUL. Obstétrique.
AROCHE (Guy) Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâ-
trie.
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. . . . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
OBERLING . . . Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS . . . Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET . . . Physiologie.
SANNIÉ . . . Chimie biologique.
SÈNÈQUE. . . Pathologie chirurgicale.
SÉZARY. . . . Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIÈRE. . . Pathologie expérimentale.
TURPIN. . . . Pathologie médicale.
VALLERY-RA-
DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VELTER . . . Ophthalmologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.
WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
BUSQUET . . . Pharmacologie.
HAILLEY-BERT. . . Physiologie.

MM.

LEROUX . . . Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.
AUBERTIN . . .	Clinique médicale.
BRULE	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.

MM.	
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé . . .	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*En faible témoignage d'admiration
et d'affection profonde.*

A MA MÈRE

En gage de filiale affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur R. PROUST

Professeur d'Anatomie Médico-chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Laënnec

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Spécialement à ceux dont je fus l'interne

A Monsieur le Docteur PIERRE FREDET

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui avec une indulgente sollicitude,
a guidé mes premiers gestes chirurgicaux.*

A Monsieur le Docteur ALBERT MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux

Avec l'hommage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur CATHALA

Accoucheur des Hôpitaux

Témoignage de ma respectueuse affection et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur L. CAPETTE

Chirurgien des Hôpitaux

Qu'il accepte l'hommage de ma respectueuse gratitude pour l'affection qu'il m'a témoignée et pour les conseils qu'il m'a donnés.

A Monsieur le Docteur CHIFOLIAU

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui m'inspira le sujet de cette thèse.
En médecine, le plus affectueux des maîtres ; en droiture et en honneur professionnel, le meilleur des modèles.*

A Messieurs les Docteurs

OBERLIN, chirurgien des hôpitaux, ROUGET, otorhino-laryngologiste des hôpitaux.

Externat

M. le Professeur LEGUEU
M. le Professeur TESSIER (*in memoriam*)
M. le Docteur Félix RAMOND
M. le Docteur BOIDIN

Stage

M. le Professeur HARTMANN
M. le Professeur E. SERGENT
M. le Docteur A. BERGÉ (*in memoriam*)

A MES COLLÈGUES ET AMIS

L. ALLARD, H. BILLET, R. COUDER, P. GUIBÉ,
C. GRIVAUT, L. HAMON, R. LE BARON, J. PORIN,
J. QUIVY.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Le cancer primitif de la trompe utérine est considéré comme une affection assez rare. Du moins les cas publiés le sont en petit nombre. Nous avons eu l'occasion au cours de l'année 1933 d'en opérer un à l'Hôpital Saint-Louis dans le service du docteur Chifoliau dont j'étais l'interne et d'en étudier deux autres cas.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'extrême malignité de ce cancer. Mais il nous a paru d'après l'étude de plusieurs observations que beaucoup de ces carcinomes avaient été traités extrêmement tardivement. Pour un grand nombre de cas les mauvais résultats opératoires — récidives métastases — ont été donnés comme exemple de malignité. Il s'agissait de tumeurs à symptomatologie bruyante, qui avaient déjà métastasé — Il aurait été surprenant que la chirurgie aussi bien et aussi largement exécutée fut-elle pût-être curatrice.

L'extrême discrétion de la symptomatologie du can-

cer propre de l'oviducte du moins au début semble dans la majeure partie des cas publiés être la cause du retard mis à opérer.

De plus beaucoup de laparotomies furent faites le diagnostic de salpingite ayant été posé. Si dans ces cas l'intervention fut décidée, on a le droit de penser que si on avait songé à la possibilité d'un cancer tubaire elle eut été imposée avec une vigueur et une précocité capables de modifier les suites opératoires.

Faire le diagnostic de cancer de la trompe utérine en temps utile est chose difficile ; le soupçonner doit être une obligation en face de certains syndrômes salpingiens apparus au déclin de la vie génitale. Lorsqu'on y aura pensé on n'aura jamais à regretter l'acte opératoire car, en cas d'erreur, il est encore le traitement de choix des lésions habituellement trouvées.

Nous nous attacherons donc dans ce court travail à montrer la possibilité d'un diagnostic précoce.

Pour peu de cancers une chirurgie large sera aussi facile, mais il est nécessaire d'opérer avant l'apparition de métastases.

Nous laisserons totalement de côté au cours de ce travail les chorio-épithéliomes ectopiques.

HISTORIQUE

L'étude du cancer positif de la trompe utérine est de date relativement récente.

Ce n'est qu'en 1888 que les tumeurs des trompes firent l'objet d'une étude d'ensemble avec le travail d'Orthmann suivi quelques mois après du mémoire de Doran. En France les thèses de Macrez (1898) de Poret (1898) de Danel (1899) précèdent les intéressantes observations de Routier, Tuffier, Boursier.

Quénu et Longuet en 1901 dans la *Revue de Chirurgie* accordent une place importante aux cancers primitifs dans leur étude des tumeurs des trompes.

Peham, Dierner et Fonyô (de Budapest), Kehrer, Gosset et Lecène en 1909 apportent de nouvelles observations commentées et en 1910 Doran publie une statistique de 100 cas connus. Puis Bourrely, Anduze-Acher, Einsle (Munich), Werner, Lipschitz, Høermann, Cumston, Tcharnaia publient de nouveaux cas en 1914.

De nombreuses observations se succèdent ensuite.

En 1923, Guillemin et Morlot font une étude anatomique très détaillée de ces tumeurs malignes des trompes utérines.

En 1924, la thèse de Biar (Paris) vient ajouter de nouvelles observations. La même année Favreau (thèse Paris), Bright Bainster, Steinweg, Fleischer, Pinsohn ajoutent encore à la liste des cas observés.

En 1927, Estève et Engelkens étudient deux autres cas de cette affection.

Puis ces dernières années viennent encore ajouter à l'étude du cancer de la trompe, les mémoires de Le Balle et Patay, l'observation de Haselhorst.

Récemment, Bortini en 1929, Auspach et Hoffmann, St-O-Johnson en 1931, les français Caraven et Jean Lannos, l'un en 1932, l'autre en 1933, Soubeyran de Montpellier en 1931 viennent par leurs travaux augmenter le nombre des tumeurs malignes des trompes déjà connues.

En 1924, Biar dans sa thèse estimait à 213 le nombre des cas publiés. Depuis lors j'ai retrouvé une trentaine de cas dans la littérature française et étrangère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'épithélioma primitif de la trompe se présente anatomiquement sous des aspects extrêmement variés.

Il est des cas où les phénomènes infectueux sont si intenses qu'après laparotomie l'œil croit à une salpingite banale. Ce n'est qu'à la coupe, dans certain cas même qu'à l'étude microscopique, que la nature tumorale des trompes fut mise en évidence.

Dans la majorité des cas il n'en est pas ainsi.

L'épithélioma se présente comme une tumeur latéro-utérine parfois postérieure accolée à la face postérieure de l'utérus. C'est dans 70 % des cas environ une tumeur unilatérale.

Rien dans la situation de cette masse pelvienne ne permet de distinguer une affection aiguë des trompes d'un épithélioma.

A la coupe le diagnostic devient le plus souvent évident. La trompe dilatée laisse en général échapper un liquide de couleur variable souvent rosé où baignent des villosités plus ou moins abondantes, plus ou moins importantes implantées sur la paroi tubaire. Biar dans sa thèse (Paris 1924) dit très justement. « C'est comme

une exagération monstrueuse de la disposition normale ».

Connexions

Parfois les tumeurs néoplasiques sont libres mais assez souvent elles adhèrent aux organes voisins. Reliquat inflammatoire ou au contraire lésions infectieuses secondaires? La question a été discutée et nous verrons plus loin ce que pour notre part nous en pensons.

Quoi qu'il en soit dans le cas que nous avons opéré à l'Hôpital Saint-Louis en 1933 de grosses poches de péritonite séreuse — qui nous avaient fait faire une ponction du Douglas — entouraient la tumeur.

L'étude d'observations antérieures nous a montré que des connexions peuvent s'établir avec tous les organes de voisinage : utérus, ovaire, péritoine pelvien, vessie (dans un des cas inédits que j'étudie j'ai dû réséquer tout le péritoine prévésical pour enlever la tumeur). Le grand épiploon et même la paroi abdominale antérieure sont parfois envahis.

Configuration extérieure

Nous passerons rapidement sur l'aspect et la configuration de ces tumeurs ayant surtout en vue dans ce travail l'étude clinique et thérapeutique de l'épithélioma.

Il est intéressant de retenir cependant le volume extrêmement variable de ces tumeurs. Dans les formes les plus évoluées elles peuvent atteindre celui d'une tête d'adulte.

Nous noterons dans les observations étudiées la relation constante entre le volume de la tumeur à l'intervention et l'ancienneté des troubles dont se plaignent les malades.

Dans l'observation de Lorrain « Bulletin de la Société anatomique de Paris » 1909 une malade qui se plaint de pertes fétides depuis peu de temps puisqu'elle s'en est inquiétée dès leur apparition et qu'elle fut opérée immédiatement présente une tumeur intra tubaire du volume d'une grosse lentille.

Par contre une malade de César « même revue » 1914 qui souffre depuis 3 mois présente une énorme tumeur gauche.

De même une malade de Biar (observation 3) qui se plaint de pertes roussâtres depuis 3 ans présente des tumeurs énormes des 2 trompes.

Nous ne retiendrons pratiquement que cette relation entre le volume et l'évolution.

Il est classique de rappeler les formes « en saucisson » « en fuseau » des trompes néoplasiques qui sont des modalités peu différentes de trompes dilatées sans réaction périsalpyngienne.

L'aspect de ces trompes est extrêmement variable. Bon nombre de fois la coloration normale a disparu pour faire place à une teinte plus ou moins congestive, plus ou moins marbrée.

De même la consistance des trompes varie avec le degré de dilatation et les différentes parties de la tumeur.

Anatomie macroscopique et microscopique.

Nous étudierons maintenant l'aspect macroscopique et microscopique de la tumeur elle-même.

La paroi même de la trompe néoplasique est le plus souvent d'une extrême minceur, infiltrée souvent elle-même par le processus végétant.

Lorsqu'on ouvre cette trompe suivant son grand axe, un liquide de coloration variée souvent hémorragique, quelquefois citrin, parfois extrêmement fétide s'écoule au dehors. Ce liquide qui n'est pas d'existence absolument constante est parfois extrêmement abondant (300 cm⁵).

L'existence de ce liquide, ses caractères variables influenceront sur la symptomatologie du cancer primitif de la trompe.

Dans la presque totalité des cas le carcinome tubaire prend la forme papillaire.

Pratiquement on peut dire que le cancer primitif de la trompe utérine est un néoplasme papillaire.

Type papillaire.

L'ampleur des végétations, leur ramescences nombreuses sont caractéristiques de la nature maligne de cette affection. Elles peuvent remplir toute la cavité, exubérantes jusqu'à effacer complètement la lumière de l'oviducte (Orthmann). Ces végétations sont de coloration variable, rouge sombre ou jaunâtre suivant leur degré de vascularisation, molles et friables au point de se fragmenter spontanément à l'intérieur de la trompe.

L'implantation de ces masses bourgeonnantes se fait sur la muqueuse de la trompe presque toujours dans sa partie ampullaire. C'est donc une tumeur pédiculée. Nous citerons la description classique d'un cas de Tuffier.

« En faisant le tour de la masse, on arrive sur un pédicule un peu plus résistant, irrégulièrement arrondi ne mesurant guère qu'un centimètre de diamètre. Au niveau du pédicule la tumeur a traversée toute l'épaisseur de la trompe ; mais tandis que ce prolongement n'est guère plus gros qu'un poids, la tumeur principale intra-tubaire a presque le volume du poing. »

Tels sont à peu près les termes de toutes les descriptions classiques.

Telle est je crois la description d'une tumeur évoluant depuis assez longtemps.

L'épithéliome de la trompe dans sa forme papillaire peut être plus discret. Nous avons le plaisir d'en pouvoir donner une autre description :

L'aspect de 2 cas rapportés par nous dans ce travail dont un opéré par mon maître le docteur Chifoliau il y a 8 ans. Nous avons revu la malade en excellente santé cette année. L'autre cas a été opéré il y a 1 an seulement à l'hôpital Saint-Louis par le docteur Bazy.

Dans l'observation à nous confiée par le docteur Chifoliau et se rapportant à la malade qu'il a opérée en 1926 nous trouvons :

La trompe droite est distendue, kystique, à parois un peu flasques. On sent en palpant cette trompe dans le 1/3 externe de la poche près de l'ovaire une petite tumeur de consistance dure.

L'ouverture de l'utérus montre la dilatation de la cavité corporéale où la pression sur la trompe distendue fait apparaître un liquide légèrement rougeâtre.

A l'ouverture de la trompe on constate la présence d'une tumeur végétante à type nettement papillaire, insérée en un point très limité, du volume d'une noix environ.

Cette description est assez différente de ce que l'on donne généralement comme type.

Je ne crois pas qu'il existe 2 formes anatomiques de pronostic différent mais simplement 2 formes différemment évoluées. Souhaitons seulement que le nombre de ces formes relativement discrètes au point de vue anatomique soit la majorité dans les cas qui seront publiés à l'avenir.

A côté de ce type papillaire nous citerons le

Type massif, médullaire, encéphaloïde.

Dans ces formes la tumeur est molle, friable, souvent spongieuse avec des foyers hémorragiques et nécrotiques. Cette forme due à la grande abondance des éléments épithéliaux est rarement pure et voisine le plus souvent avec une zone nettement papillaire. Enfin nous signalerons le

Type squirrheux.

D'une extrême rareté (Quénu, Caraven et Lerat-Fonyo).

Etat des orifices tubaires

Rarement l'ostium abdominal reste perméable. Rarement aussi il s'ouvre dans l'ovaire rendant difficile la détermination de l'origine du néoplasme : trompe ou ovaire ?

Presque toujours l'ostium abdominal est fermé. Les auteurs qui pensent que le cancer de la trompe évolue sur une vieille salpingite voient là un argument de plus à la préexistence de la lésion salpingienne. Personnellement sans nier la possibilité d'une salpingite antérieure je trouve normal que, chez une malade atteinte de cancer de la trompe qui est toujours un cancer plus ou moins infecté, l'ostium abdominal — dont tout le pourtour est muqueux — soit obturé.

L'ostium utérin est lui très souvent perméable et nous verrons toute l'importance de cette perméabilité pour le diagnostic de l'affection.

Au point de vue anatomique son obturation permanente peut avoir une importance sur l'état de distension de la trompe elle-même.

Propagations du néoplasme

Les organes qui présentent le plus souvent des altérations néoplasiques dans les cas de néoplasme primitif de la trompe utérine sont :

L'ovaire, l'utérus, le péritoine pelvien et les lymphatiques pelviens.

Ce néoplasme peut envahir : 1° de *proche en proche*

(ostium abdominal et utérin perméables, minceur des parois propres de la trompe) et c'est ainsi que sont possibles des envahissements de l'ovaire, du péritoine pévien, de l'utérus ;

2° Par implantation sur la muqueuse ou sur la séreuse utérine (ce qui d'ailleurs est assez rare).

Plus redoutable est sa tendance envahissante par *voie lymphatique*.

Soit *progression directe* dans les lymphatiques de l'ovaire et du corps de l'utérus soit par la *voie utéro-ovarienne*, par la *voie du ligament rond*. Enfin la *progression rétrograde* peut expliquer des métastases à topographie paradoxale.

Enfin nous signalerons la possibilité de métastases par voie sanguine (cas de Lecène qui interpréta comme telle une métastase de l'utérus et de l'ovaire opposé alors que l'ovaire correspondant était sain).

Lorsque nous aurons signalé la possibilité d'ascite nous en aurons terminé avec l'étude macroscopique de ces tumeurs.

Histologie

De nombreux essais de classification histologique des tumeurs de la trompe utérine furent proposés. Nous rappellerons :

— les formes papillaires et papillo-alvéolaires de Sängér et Barth en 1895 ;

— la division en cancers muco-membraneux et cancer de la paroi alvéolaire de Friedenheim en 1899 ;

— les 2 formes de Falk en 1897 qui à côté du papillome décrivait un papillome malin et un épithélioma papillaire.

Nous étudierons avec Quénu et Longuet deux formes histologiques de ces néoplasmes :

un épithélioma cylindrique typique et un épithélioma cylindrique atypique.

Epithélioma cylindrique typique.

Cet épithélioma dans son premier stade peut se présenter comme un papillome bénin. Je rapporterai ici la description histologique de Quénu et Longuet :

« Si l'on veut étudier la dégénérescence épithéliale de la trompe utérine réduite à sa plus simple expression et pour ainsi dire à son origine on n'a qu'à considérer les cas où la simplicité même de la structure a provoqué l'hésitation et fait croire à une tumeur bénigne, à un papillome, alors que l'évolution ultérieure a levé les doutes et a démontré certaine la nature épithéliomateuse. Tel est le cas de Kalfenbach ; la tumeur était formée de papilles ; rien ne rappelait la structure du carcinome, on porta le diagnostic de papillome bénin. Et cependant l'évolution clinique prouva qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Une telle observation étaye singulièrement notre thèse, à savoir qu'il y a lieu de démembrer la classe des papillomes ; que les uns doivent retourner au chapitre des annexites, les autres à celui des épithéliomes.

A un degré de plus, *les tubes épithéliaux* ne se sont pas seulement multipliés à la surface en se fusionnant

plus ou moins ; ils envoient des prolongements dans l'épaisseur de la sous-muqueuse, ou dans la tunique musculieuse qu'ils bouleversent ou dissocient ou même jusque sous la séreuse qu'ils perforent, ils correspondent à ce que les Allemands appellent *adénocarcinome* ou adénome malin. L'épithélium, plus ou moins cylindrique est unistratifié par places mais en général multistratifié, disposé dans la profondeur en tubes épithéliaux droits ou ondulés, largement anastomosés.

Au dernier stade de la malignité enfin, nous aboutissons aux productions épithéliales diffuses, infiltrées, nettement alvéolaires. Tantôt elles gardent un certain aspect tubulé rappelant leur origine, tantôt les cordons épithéliaux sont pleins et répondent manifestement à la description du carcinome ou *épithéliome atypique* des auteurs français.

Epithélioma atypique.

Dans cette forme l'anarchie cellulaire est considérable et on est souvent dans l'impossibilité de retrouver l'épithélium cylindrique. Les cellules qui peuvent prendre toutes les formes, cubiques, arrondies, fusiformes; sont groupées sans aucun ordre. Nous signalerons la fréquence des zones de nécrose. Les éléments cellulaires recouvrent souvent les éléments conjonctifs. Signalons la fréquence d'un mode de groupement des cellules qui circonscrivent des espaces arrondis donnant *une image de tube glandulaire*.

Les cellules épithéliales forment *des cordons massifs* avec fréquemment une disposition *alvéolaire*.

Il est exceptionnel toutefois que même dans la forme la plus diffuse, on ne retrouve pas quelque petit coin de tumeur où la disposition tubulée rappelle l'origine première du carcinome.

En résumé les épithélium de la trompe sont des composés d'épithélium cylindrique typique et d'épithélium alvéolaire.

Nous signalerons le peu d'abondance du stroma conjonctif.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme D..., 58 ans.

Vient consulter le Dr Chifoliau en septembre 1926.

Cette femme ménopausée était en parfaite santé jusqu'en juillet 1926.

Aucun antécédent morbide.

Une fausse couche à l'âge de 18 ans.

Cette femme se plaint de douleurs abdominales à peu près continues sans horaire, sans type net et de pertes vaginales.

Ces pertes sont roussâtres, sans odeur, presque continues.

A l'examen le Dr Chifoliau constate :

— un petit utérus ;

— dans le cul-de-sac postérieur une masse annexielle non douloureuse, d'allure kystique.

Cette malade est opérée dans son service à l'Hôpital St-Louis :

Hystérectomie totale sans dissection des uretères.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE : La trompe droite est distendue, kystique, à parois un peu flasques. On sent au palper dans le 1/3 externe de la poche près de l'ovaire une tumeur dure.

L'ouverture de l'utérus montre l'atrésie du canal cervical, la dilatation de la cavité corporeale où *la pression sur la trompe distendue fait apparaître un liquide légèrement rougeâtre.*

A l'ouverture de la trompe on constate la présence d'une tumeur papillaire végétante insérée en un point assez limité, du volume d'une noix.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE a mis en évidence le caractère malin de cette tumeur.

Suites opératoires normales.

La malade revue en décembre 1933 soit 8 ans après l'intervention est en excellente santé.

Au toucher : Souplesse absolue des culs-de-sac.

Obs. II. — Madame P..., 44 ans, raffineuse.

Cette malade entre dans le service de mon maître le Dr Chifoliau (salle Lyot) le 10 novembre 1933, pour douleurs pelviennes, amaigrissement et fièvre.

Les douleurs très violentes consistent surtout en sensation de pesanteur avec irradiations périnéales. La malade a mal à s'asseoir.

La malade insiste beaucoup sur son amaigrissement, dont le début date de quelques mois.

La Θ prise à son entrée est : 38°4.

Cette malade est très normalement réglée mais entre ses règles elle présente des pertes blanchâtres très abon-

dantes sentant mauvais presque continues mais avec des *paroxysmes la soulageant beaucoup.*

Cette malade a eu un enfant, était très bien portante jusqu'à il y a 2 ans ou elle a fait une crise étiquetée « métro-salpingite », qui l'a tenue au lit 8 jours avec de la glace sur le ventre et des suppositoires belladonés.

J'ai eu à ce moment. — dit la malade — des petites pertes sanglantes presque continuelles entre mes règles et cela pendant 2 ou 3 mois. Cela venait, m'a dit mon docteur, de la congestion de mes trompes.

A l'examen de cette femme je trouve un petit bassin absolument bloqué où je crois reconnaître en avant un petit utérus mais ce qui domine c'est la certitude d'avoir dans le Douglas une collection liquidienne. Je fais le diagnostic de salpingite avec un doute sur la possibilité d'une tumeur.

Devant ce tableau, les douleurs extrêmement violentes, la fièvre, la Θ oscille entre 38 et 39°, je décide de faire une ponction du Douglas et d'évacuer cette collection qui est à mon sens la cause de la symptomatologie bruyante.

La ponction du Douglas ramène une grande quantité (1 litre au moins) de liquide citrin mais pas de pus.

L'évacuation de cette péritonite séreuse péricerviculaire fait cesser les douleurs, tomber la Θ . J'attends qu'une quinzaine de jours apyrétiques se soient écoulés et j'opère la malade.

Compte-rendu opératoire et anatomie macroscopique.

Le 25-11-33. — Laparotomie médiane.

Grosse tumeur bourgeonnante avec végétations ayant fait éclater la paroi tubaire. Envahissement du péritoine prévésical. Utérus macroscopiquement respecté. Grosse salpingite droite. Le petit bassin est absolument bloqué.

Hystérectomie subtotala totalisée assez pénible (américain) car grosses adhérences.

Résection de tout le péritoine prévésical. Drainage à la Mickulitz. Paroi 1 plan.

Examen histologique : épithélioma tubaire atypique.

Suites opératoires : Le 26/3/34, a fait 18 séances de radiothérapie, va bien. A pris du poids.

A l'examen : on ne sent rien dans son petit bassin.

Revue le 14/4/34 : ascite qui s'est constituée en quelques jours.

Au toucher vaginal on ne sent aucune tumeur.

Obs. III. — *Qui nous fut confiée par Monsieur le Dr L. Bazy, chirurgien de l'Hôpital St-Louis.*

Madame T..., 42 ans, couturière.

Cette femme est entrée dans le service du Dr Bazy à St-Louis parce que depuis 10 mois (février 1933), elle avait des *pertes sanguines tous les jours*. Ces pertes — sans caillots — sont peu abondantes, sans odeur, quelquefois plus claires « café au lait » elles sont augmentées par la marche et la fatigue.

C'est chez cette femme, ménopausée depuis 2 ans, le seul symptôme qui l'inquiète.

Elle n'a aucune douleur. « Je n'ai eu qu'une fois, voilà

4 mois une douleur brutale dans le bas-ventre comme une colique qui a failli me causer une syncope ».

Elle ne présente aucun trouble urinaire.

Elle a eu un enfant et n'a absolument aucun antécédent salpingien.

A l'examen : Col d'apparence cicatricielle : on a fait d'ailleurs voici quelques mois dans un hôpital parisien une biopsie. L'utérus présente un volume très moyen mais paraît cependant bosselé. On ne sent pas de lésions annexielles.

Intervention : Médiane sous-ombilicale. Epiploon surchargé de graisse adhérent au fond de l'utérus et à la portion isthmique de la trompe droite. On le libère.

On constate alors que l'utérus est légèrement déformé, que la trompe droite est distendue formant une énorme corne d'abondance qui paraît remplie de sang et qui adhère de toutes parts.

Les annexes gauches présentent seulement des traces de salpingite ancienne. Décollation antérieure. On coupe le col si bas qu'on peut dire qu'on a pratiqué une totale. Il est à noter d'ailleurs que le col avait été préalablement amputé. Péritonisation régulière. Pas d'appendicectomie. Paroi par étages au catgut sans drainage.

Examen macroscopique : L'utérus présente à sa par tie postérieure un fibrome du volume d'une petite noix. La trompe droite ouverte est remplie par une masse d'apparence papillomateuse qui éveille immédiatement l'idée d'une tumeur maligne de la trompe. La gauche,

peu augmentée de volume, est également distendue par du liquide hémorragique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

1° *Biopsie du col* : le 10 novembre.

Muqueuse cicatricielle. Epithélium aplati. Sclérose de la sous-muqueuse avec lésions très marquées d'endovascularite oblitérante. Pas de signes de dégénérescence néoplasique.

2° *Examen histologique de la pièce* :

1° Tumeur droite : Epithélioma papillaire de la trompe droite. Les végétations présentent des axes conjonctifs très épais vascularisés avec une grosse prolifération cellulaire et baignent dans un exsudat formé à la fois par des cellules de desquamation de la tumeur et de nombreux leucocytes qui d'autre part sont altérés. Nombreuses monstruosité cellulaires à la surface des végétations. En d'autres points l'aspect papillaire tend à s'effacer bien que de place en place on reconnaisse encore les axes conjonctifs et la prolifération cellulaire est tellement intense que la tumeur se présente sous la forme de boyaux pressés les uns contre les autres.

2° *Utérus* : Tissu scléreux sans aucune espèce de caractéristique.

3° *Trompe gauche* : La trompe n'est plus composée que par une paroi mince recouverte par un épithélium ayant perdu le caractère papillaire et en son centre sans qu'on puisse d'ailleurs trouver son pédicule on trouve une masse tumorale présentant les mêmes caractères que de l'autre côté. Il s'agit donc d'un cancer bilatéral des trompes.

ETUDE CLINIQUE

Avant d'aborder l'étude clinique du cancer primitif de la trompe nous tenons à dire que nous n'apportons aucun symptôme nouveau de cette redoutable affection. Il nous a paru cependant que la discrétion d'une symptomatologie n'en diminue nullement l'importance.

Nous nous proposons d'étudier cette symptomatologie qui peut faire poser dans certains cas le diagnostic de tumeur des trompes lequel ne doit pas être considéré comme un succès où la chance a sa part.

Savoir que cette affection prend souvent un aspect clinique défini doit créer, en face de certains syndromes étiquetés un peu paresseusement salpingites, un doute clinique et par là même une curiosité opportune.

C'est presque toujours aux environs de la ménopause que l'on observe le cancer tubaire : 44 ans (observation 2), 42 ans dans l'observation 3 et 58 ans dans l'observation 1.

Dans les différents cas déjà publiés on retrouve cette notion de plus grande fréquence entre 40 et 50 ans.

Cependant nous devons signaler qu'un cas fut rapporté chez une jeune femme de 22 ans et plusieurs chez des femmes âgées de plus de 60 ans.

Le tableau ci-dessous publié dans la thèse de Biar donne d'ailleurs une idée très juste d'ordre de fréquence suivant l'âge :

Entre 40 et 50 ans.....	90 cas
Entre 50 et 60 ans.....	47 cas
Entre 30 et 40 ans....	23 cas

Au delà de 60 ans..... 9 cas

Au dessous de 30 ans. 4 cas

Nous voyons donc que rien dans ce chapitre n'est spécial au cancer de la trompe. Il nous a semblé qu'il n'y avait aucune relation entre le passé obstétrical des femmes et la fréquence du cancer de la trompe. Cette affection paraît peut-être un peu plus fréquente chez les multipares mais ne connaissant pas la proportion générale des femmes qui conçoivent ou ne conçoivent pas il nous semble impossible d'en tirer une conclusion quelconque.

Certains auteurs, Horrock en particulier, se basant d'ailleurs sur un nombre de cas tellement limité que l'ampleur de leurs conclusions étonne, considèrent la stérilité comme une cause favorisante. Ils en déduisent avec une logique presque séduisante si on a oublié les bases fragiles de départ, des arguments pour mettre en valeur l'importance des lésions chroniques inflammatoires de la trompe comme cause prédisposante.

« Dans les trois observations que nous rapportons aucune de nos malades ne présentait de passé salpingien. Nous avons également étudié bon nombre de cas déjà publiés car cette notion nous a paru extrêmement importante surtout au point de vue diagnostic.

Dans l'observation I (thèse de Biar) les premières douleurs abdominales remontent à 10 mois avant l'intervention.

Dans l'observation II nous lisons (la malade se plaint depuis 3 mois) :

Obs. III. « A eu 2 grossesses normales, ménopause il y a 3 ans. Depuis lors... »

Obs. IV : G. 22 ans, un avortement en octobre 1913, opérée en mai 1914.

Obs. V : « On peut relever un passé de salpingite d'ailleurs assez vague ».

Obs. VII : Aucune histoire de salpingite.

Observation de Soubeyran : Pas d'enfants. Pas de de fausse-couches, pas de salpingo-ovarite ancienne.

Nous ne continuerons par l'énumération des antécédents salpingiens relevés dans toutes les observations étudiées. Nous avons étudié bon nombre des cas publiés. Dans peut-être 2 à 3 % des cas on trouve *une histoire clinique de salpingite*.

L'examen anatomique des pièces enlevées montre assez souvent des lésions inflammatoires de périsalpingite dont le type est fourni par la malade de notre observation II.

Or on a énormément discuté sur le rôle de la salpingite préexistante.

Sänger et Barth n'ont pas craint d'émettre cette affirmation « Le carcinome tubaire se développe toujours sur un terrain chroniquement enflammé.

D'autres (Ebersth, Doran, Fearne) voient dans le cancer de la trompe le terme ultime d'une transformation.

Là salpingite déterminerait la production d'un papillome bénin et ce dernier dégénérerait en tumeur maligne. Lecène juge d'ailleurs cette hypothèse avec beau-

coup d'indulgence quand il écrit « c'est possible mais invérifiable » il ajoute plus loin :

« Il paraît bien vraisemblable qu'au niveau de la trompe comme bien souvent, en d'autres points de l'organisme, une lésion inflammatoire chronique préalable fait le lit au cancer »

C'est là une vieille notion qu'on nous a enseignée et souvent répétée. C'est à mon avis le maximum de ce que l'on puisse admettre et encore je pense que souvent les lésions doivent être uniquement histologiques.

Ayant surtout en vue l'étude clinique je suis obligé de dire que d'après les cas observés et l'étude des cas publiés l'absence d'histoire clinique de salpingite est la règle dans les antécédents des malades atteintes de cancer de la trompe.

Certes à l'intervention et surtout quand au toucher vaginal on a trouvé une masse latéro-utérine plus ou moins importante on trouve des lésions actives de salpingite et de périsalpingite. Le cancer de la trompe subit en cela la règle commune à tous les cancers : et nous dirons avec Quénu et Longuet : « Toute néoplasie à développement papillaire à la surface d'une muqueuse s'infecte et infecte secondairement cette muqueuse.

Cette notion de salpingite préexistante nous paraît extrêmement importante au point de vue diagnostic et pronostic. Nous avons lu fréquemment que le diagnostic de cancer tubaire était rendu difficile par le fait qu'il survenait chez des malades atteints déjà de lésions annexielles. Rien ne nous semble plus faux.

Lorsque, au toucher vaginal, on sentira une **grosse**

masse latéro-utérine et qu'on aura porté le diagnostic de cancer de la trompe il ne faudra pas oublier qu'il s'agit d'un cancer infecté donc évoluant depuis déjà longtemps.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons d'abord dans ce chapitre les signes habituellement trouvés dans les différents cas de tumeur des trompes et nous essayerons ensuite de fixer quelques types cliniques.

La symptomatologie du cancer de la trompe est si rarement pathognomonique qu'en 1901 Quénu et Longuet écrivaient :

« Le tableau clinique du cancer de la trompe est jusqu'ici si peu précis que dans aucun cas le diagnostic n'a été porté avant l'intervention.

Les symptômes qui amènent le plus souvent les malades à consulter sont : les douleurs et la leucorrhée plus ou moins sanglante. Ce dernier symptôme accompagnant presque toujours le premier mais pouvant être souvent isolé.

Nous étudierons successivement ces 2 symptômes fonctionnels.

La leucorrhée

Cette leucorrhée est un des signes les plus fidèles. Les malades la signalent presque constamment avec ses variantes.

Nous la décrirons dans sa forme typique, c'est-à-dire chez une femme ménopausée. Elle se manifeste le plus souvent par un écoulement vaginal d'abord séreux ou jaunâtre, sanieux mais non fétide et Doran attachait une grosse valeur à cette non fétidité d'une abondante leucorrhée.

Un de ses principaux caractères est la rareté de l'état purulent des pertes vaginales.

Mais très rarement cette leucorrhée reste ainsi isolée. Comme les autres cancers celui de la trompe saigne. Nous avons vu la friabilité des franges néoplasiques baignant dans le liquide tubaire. Et suivant la quantité de sang épanché les pertes de la malade vont changer d'aspect. Elles seront souvent séro-sanguinolentes, roussâtres, lavure de chair. De temps en temps on les prendra pour des métrorragies.

Très souvent ces pertes vont devenir fétides sans néanmoins prendre pour cela le caractère purulent.

Ces pertes sont dans la plupart des cas continues mais très souvent elles présentent des paroxysmes très nets remarqués par les malades car ces paroxysmes sont accompagnés de modifications de l'état douloureux.

Lorsque ces pertes sont très peu abondantes seuls les paroxysmes sont remarqués par les malades et

l'écoulement prend alors une forme intermittente.

Enfin dans quelques cas ce sont *des métrorragies* qui attirent l'attention. Elles peuvent être très abondantes et durer plusieurs jours. Dans d'autres cas ce sont de petites métrorragies intermittentes (Obs. III).

Chez les femmes non ménopausées, le tableau peut être un peu différent. Le plus fréquemment les règles ne sont guère modifiées et c'est entre les règles qu'on observe une leucorrhée en tous points semblable à celle que nous venons de décrire.

Cependant dans un certain nombre de cas on observe des troubles des règles : parfois règles plus abondantes et douloureuses, parfois aménorrhée avec pertes sanguines non ordonnées durant plusieurs mois.

La douleur

L'écoulement vaginal est souvent associé à la douleur qui est dans cette affection un symptôme de premier ordre.

Cette douleur est très variable et peut traduire des stades évolutifs très différents. Il est une forme de douleur qui a une valeur capitale. C'est celle qui est en relation directe avec l'abondance de l'écoulement ; elle traduit la distension tubaire ; c'est à elle que Quénu a donné le nom de crise salpingienne intermittente. Elle est alors accompagnée de modification du volume de la tumeur. C'est cet ensemble qui a été décrit sous le nom d'Hydrops Tubæ profluens, véritable « vomique salpingienne ».

Après cessation parfois complète de tout écoulement

la malade ressent dans le bas-ventre des douleurs extrêmement vives, puis brusquement il se produit une décharge profuse de liquide sanieux parfois sanguinolent. Puis la malade est soulagée. C'est la fin de la crise : crises qui peuvent se répéter pendant plusieurs jours ou au contraire être beaucoup plus espacées.

Ces crises ont une très grosse valeur diagnostique.

Mais il faut savoir que la douleur prend souvent un autre type.

Les malades se plaignent souvent d'une sensation de pesanteur dans le pelvis avec de temps en temps un paroxysme à type expulsif. On peut tout observer comme douleur depuis « la simple pesanteur jusqu'aux coliques salpingiennes » (Quénu).

Enfin à un stade avancé lorsqu'on a des lésions importantes d'infection secondaire les douleurs augmentent pouvant avoir des irradiations extrêmement aiguës, lombaires, dorsales, sacrées. On retombe là dans la symptomatologie banale des salpingites aiguës.

L'association de la leucorrhée qui a des caractères bien spéciaux et de la douleur constitue le plus souvent le premier signe de l'affection. Je considère néanmoins que les femmes qui viennent consulter pour des pertes sanguinolentes non douloureuses présentent des formes moins évoluées. Dans les 3 cas que nous présentons les femmes sont venues au médecin avec une symptomatologie différente correspondant à des lésions différentes.

Dans l'observation 1 la malade vient parce qu'elle s'inquiète depuis 2 mois de douleurs abdominales sans ho-

raire type, peu aiguës accompagnées de pertes roussâtres sans odeur, continues.

Nous avons vu que c'était une forme récente : tumeur du volume d'une noix.

La symptomatologie était peu bruyante, datait de 2 mois. La guérison semble définitive puisqu'elle tient depuis déjà 8 ans.

Dans l'observation III la malade depuis 10 mois avait des pertes sanguines tous les jours. Ces pertes, sans caillots, sont peu abondantes, sans odeur, quelquefois plus claires « café au lait ». Elle n'a aucune douleur. Cependant elle dit « Je n'ai eu qu'une fois voilà 4 mois une douleur brutale dans le bas-ventre comme une colique qui a failli me causer une syncope ».

Cette symptomatologie correspondait à une forme peu évoluée, récente, de cancer bilatéral des trompes.

Mais souvent la douleur inquiète les malades lorsqu'elle a pris un autre caractère. Elle devient extrêmement vive et continue avec des paroxysmes, des irradiations multiples. Elle s'accompagne alors de *signes généraux très marqués* ; l'amaigrissement peut-être considérable, l'état général est gravement altéré, allant parfois jusqu'à une véritable cachexie.

La symptomatologie s'enrichit alors de troubles urinaires qui ne sont que la traduction d'une très grosse périsalpingite ou d'une extension néoplasique à la vessie.

La propagation au rectum peut aussi modifier la symptomatologie.

La fièvre est signalée parfois.

C'est, je crois, assez fidèlement le tableau de notre observation II :

La malade vient consulter le 10 novembre 1933 pour douleurs pelviennes, amaigrissement et fièvre.

Les douleurs très violentes consistent surtout en sensation de pesanteur avec irradiations périnéales. La malade insiste beaucoup sur son amaigrissement. Mais dans cette symptomatologie bruyante on retrouve l'élément déjà étudié.

Cette malade est très normalement réglée mais entre ses règles elle présente des pertes blanchâtres très abondantes sentant mauvais presque continues mais avec des paroxysmes la soulageant beaucoup.

Cette malade présentait de très grosses lésions de péricervicite et le néoplasme avait déjà essaimé.

Symptômes physiques

La palpation hors les cas où une ascite signe les métastases péritonéales ne montre en général rien.

Le toucher vaginal est d'une bien plus grande importance, il peut montrer :

1° Une grosse masse latéro-utérine ou prolabée dans le Douglas traduisant la péricervicite entourant la tumeur. Cet ensemble est plus ou moins douloureux fixant généralement l'utérus qui présente ou non des lésions associées.

Cette grosse masse douloureuse est un élément de mauvais pronostic ;

2° La trompe malade en situation latérale ou posté-

rière, plus ou moins mobile, plus ou moins volumineuse.

Il est des cas (en particulier chez les femmes maigres) où il est possible d'apprécier sa forme, sa consistance ; ce qui sera d'une grande utilité diagnostique ;

3° Rien d'anormal. Parfois cependant un cul-de-sac un peu moins souple.

Le *toucher rectal* permet l'exploration de la face postérieure de la tumeur.

On devra enfin toujours rechercher les adénopathies. On a parfois signalé des adénopathies inguinales correspondant évidemment à des formes très étendues.

Il est un signe auquel certains auteurs, Soubeyran en particulier, attachent une grande importance c'est l'*accroissement rapide de la tumeur* constaté par des examens successifs.

« C'est là un signe de premier ordre » dit Soubeyran. Nous pensons que c'est là un signe tardif qui indique de grosses lésions inflammatoires. Si on a soupçonné une tumeur tubaire on n'a pas le droit d'attendre cette épreuve clinique.

Beaucoup plus important nous paraît lorsqu'on a la possibilité de l'observer la diminution du volume de la tumeur après la crise salpingienne.

En résumé le cancer de la trompe utérine se présente le plus souvent sous 2 aspects cliniques assez différents. Ces types cliniques correspondent à des formes anatomiques différentes.

I. — *Dans le premier cas* c'est une symptomatologie essentiellement tubaire. C'est un cancer peu infecté. C'est à ce moment qu'il est utile d'en faire le diagnostic si l'on veut avoir de bons résultats thérapeutiques.

Dans sa forme type c'est une femme aux environs de la ménopause n'ayant eu aucun accident salpingien antérieur qui vient consulter parce qu'elle s'inquiète d'un symptôme nouveau : une leucorrhée plus ou moins importante parfois fétide, de temps en temps ou de façon continue teintée de sang. C'est là un symptôme capital qui même isolé doit faire penser à une lésion du tractus génital.

A ce symptôme est parfois associé un élément douloureux plus ou moins précis.

On pourra mettre en évidence dans certains cas la crise salpingienne, autre symptôme extrêmement important.

Lorsqu'on aura constaté ces crises salpingiennes chez une femme auparavant bien portante qui se plaint de leucorrhée sanglante on doit soupçonner une tumeur de la trompe.

Il est bien évident qu'à ce moment l'état général est excellent et qu'on n'a ni fièvre, ni amaigrissement, ni troubles urinaires.

Au toucher on peut dès ce moment sentir une trompe plus ou moins libre, un peu augmentée de volume ; parfois on sentira nettement une trompe de forme anormale.

Dans d'autres cas le toucher ne montre que des lésions annexielles très discrètes.

C'est cette forme clinique la seule susceptible de bons résultats opératoires.

II. — Un autre tableau clinique nous est donné par les cancers très infectés.

La symptomatologie en est beaucoup plus bruyante.

Les douleurs sont très violentes, ont des irradiations multiples.

La leucorrhée conserve tous ses caractères.

L'élément hémorragique est plus ou moins abondant.

Ce sont des femmes qui disent avoir été soignées pour salpingite récemment : leurs premiers accidents ont hélas souvent été étiquetés salpingite.

L'état général est très altéré : l'amaigrissement rapide et considérable. Elles ont des poussées thermiques, on a l'impression d'une affection aiguë.

On note souvent des troubles vésicaux.

Au toucher vaginal on sent de grosses lésions annexielles où la part de périsalpingite est souvent très importante.

Cette forme clinique ne donne que de mauvais résultats opératoires quoi qu'on fasse.

Nous signalerons la coexistence possible de fibromyomes utérins auxquels on risque d'attribuer les différents troubles observés, ce qui rend plus difficile encore le diagnostic.

Il nous semble très important de signaler une forme que nous avons observée. Dans cette forme l'écoulement vaginal qui inquiétait la malade paraissait être du sang pur. Ces petites métrorragies intermittentes et isolées ne semblent pas être classiques.

ÉVOLUTION

Non traitée l'évolution du cancer de la trompe utérine se fait fatalement vers la mort dans un temps plus ou moins long.

La symptomatologie que nous venons de décrire va s'accroître, s'enrichir des signes qui décèlent des métastases sur les organes voisins, très fréquemment d'ascite.

L'état général s'aggrave très rapidement.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cancer de la trompe utérine doit être précoce. Il est souvent difficile, mais une analyse soigneuse de la symptomatologie permettra d'y penser.

C'est de cette difficulté de diagnostic qu'est né le désir d'avoir des preuves décisives histologiques. C'est là l'origine de diverses manœuvres ayant pour but de prélever des éléments tumoraux.

Divers auteurs ont préconisé la ponction de la tumeur, quand elle est accessible par le cul-de-sac postérieur.

Nous croyons cette manœuvre stérile et toujours dangereuse. Lorsque la trompe est très infectée on ne ramènera que du liquide de péritonite séreuse périsalpingienne. Au point de vue diagnostic il faudra ensuite se défendre contre l'examen histologique qui mentionnera : aucun élément néoplasique. Au point de vue évolutif est-on certain de n'avoir rien aggravé ? Si une biopsie qui attaque une tumeur suspecte à ciel ouvert peut rendre des services de premier ordre, je trouve cette ponction non dirigée une hérésie chirurgicale qui n'a à son actif que des concours heureux de circonstances.

Beaucoup plus rationnelle me paraît la cueillette

d'éléments tumoraux dans la cavité utérine. Nous avons vu que le cancer pouvait se greffer sur la muqueuse utérine par un mécanisme de ponte intra-utérine. Essayer de recueillir là des fragments de tumeur est logique.

Nous conseillons donc lorsqu'on aura soupçonné la possibilité d'une tumeur de la trompe la dilatation progressive du col — simplement avec des lamineires — un curettage prudent de la cavité utérine suivi de l'examen histologique des débris ramenés. Il est très regrettable qu'on n'ait pas encore mis au point des procédés d'hystéroscopie pratiques.

On profitera de ce curettage pour essayer de recueillir sur des tampons placés tout contre l'orifice externe du col des débris solides qui seront examinés histologiquement.

Ces différentes manœuvres permettront parfois d'avoir un diagnostic certain.

Mais même en l'absence de preuves histologiques le diagnostic précoce de cancer de la trompe est possible.

Cette triade :

— leucorrhée spéciale souvent hémorragique ;

— crise salpingienne ;

— constatation d'une masse latéro-utérine ;

nous paraît tellement importante que constatée chez une femme aux environs de la ménopause n'ayant jamais eu de passé salpingien elle doit orienter vers l'idée d'une tumeur de la trompe.

Le cancer de la trompe utérine ne passe pas inaperçu même au début. Il est toujours confondu. Ce n'est pas

une affection qui inquiète les malades alors que très étendu il a dépassé les ressources de la thérapeutique. Très tôt les femmes viennent consulter pour un des symptômes que nous avons vus. C'est au chirurgien d'analyser minutieusement ces signes, d'en rechercher les autres.

Un examen soigneux en face d'une telle symptomatologie permettra d'éliminer le cancer du col de l'utérus. Un curettage prudent éliminera aussi le diagnostic de métrite ou de cancer du corps après examen histologique de la muqueuse recueillie. Et alors, surtout si on a senti une tumeur annexielle, le diagnostic est localisé.

La faute la plus commune et hélas très grave est de poser le diagnostic de salpingite car il n'est pas toujours suivi d'un acte opératoire rapide. On devra toujours se rappeler qu'une salpingite se manifeste très rarement au moment de la ménopause, qu'elle se présente rarement d'emblée avec ces intermittences de leucorrhée hémorragique, que c'est rarement une affection unilatérale.

Si on veut bien avoir toujours présentes à l'esprit ces données, la démonstration du siège non utérin de l'écoulement qui inquiète les malades sera un pas très important vers le diagnostic de tumeur de la trompe.

A ce propos le diagnostic est parfois rendu plus difficile par la coexistence de petits fibro-myomes utérins auxquels on pourrait à tort rapporter la symptomatologie.

Nous publions ici l'observation d'une malade chez

laquelle mon maître le docteur Chifoliau porta le diagnostic de tumeur maligne de la trompe. L'examen histologique montra que c'était une tumeur bénigne ou du moins aucune des coupes étudiées ne montra de signes de dégénérescence certaine.

Lorsqu'on voit la photographie de la pièce on est persuadé que c'est une erreur qui laisse le chirurgien sans remords car l'intervention était le seul mode de traitement de cette malade.

Dès qu'on aura soupçonné une tumeur des trompes l'intervention doit suivre immédiatement. Après un examen sérieux de la malade s'il y a erreur on sera immédiatement réconforté par la possibilité de traiter les lésions importantes qu'elle présente.

Obs. IV. — a) Mme L., 38 ans, opérée le 29 mars 1920, hématosalpynx droit.

Cette femme a été réglée à 12 ans. Ses règles ont toujours été régulières, non douloureuses durant 2 à 3 jours. Mariée à 22 ans. Pas d'enfants ni de fausse couches.

Le 4 mars 1920 malaise subit avec tendance à la syncope. Vomissements. Douleur vive dans le bas-ventre. Retard de règles de 3 mois environ.

Le 4 mars légère hémorragie, plus importante le 7. Entre à la maison Dubois dans le service du docteur Chifoliau le 22 mars.

Examen : utérus en antéversion. Grosse masse dans le cul-de-sac droit.

Opérée le 30 mars 1920 : hématosalpynx avec

embryon long de 3 cm. environ. Ablation de la trompe et de l'ovaire droit. Légère adhérence de la trompe gauche *qui est saine*. Suites opératoires simples.

Revue le 17 novembre 1923 : Gêne dans la partie droite de l'abdomen et à l'épigastre sans douleurs vraies. Règles régulières tous les 25 jours durant 2 jours, non douloureuses, utérus et annexe gauche normaux.

Revue le 16 novembre 1933 : La patiente a 53 ans et n'est plus réglée depuis 3 ans. Mais elle se plaint de petites pertes sanguines, aussi bien la nuit que le jour d'une manière très irrégulière.

Au toucher le docteur Chifoliau trouve : un utérus un peu gros, dur et irrégulier, peu mobile. Dans le cul-de-sac gauche il trouve une tumeur annexielle du volume d'une grosse noix fixe, peu douloureuse. Bon état général. La réapparition de pertes sanguines irrégulières coïncidant avec la présence d'une tumeur annexielle fait craindre au docteur Chifoliau une dégénérescence de la trompe et lui fait conseiller à la malade l'ablation par hystérectomie abdominale totale.

Revue le 16 décembre 1933 : même état.

Opérée le 17-1-34 : en maison de santé. J'aidais le docteur Chifoliau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Nombreuses adhérences épiploïques pelviennes. Gros utérus irrégulier, fixé avec 2 noyaux fibromateux. Grosse annexite gauche prolabée dans le Douglas, le tout entouré de tissu fibreux. Après la section première des 2 ligaments ronds, l'utérus fixé ne monte pas. Manœuvre de Kelly

de droite à gauche, transvaginale et ablation assez pénible des annexes gauches. Gros drain vaginal. Cloisonnement colo-vésical. Fermeture de la paroi.

Examen de la pièce : utérus fibromateux avec dans sa cavité plusieurs polypes muqueux. La trompe est le



siège d'une tumeur bourgeonnante, friable, nettement papillomateuse.

L'examen histologique pratiqué dans le service du docteur Chifoliau n'a montré aucun signe de dégénérescence maligne de ce papillome tubaire. Cependant légère infiltration du muscle.

Suites opératoires normales.

Revue guérie le 24-2-34.

Plus tard lorsqu'on sent une masse pelvienne importante il faut encore éliminer la salpingite. Le diagnostic est encore souvent difficile car on a alors réellement des lésions infectieuses salpingiennes et périsalpingiennes.

C'est encore l'élément hémorragique, l'état général qui s'altère gravement qui éveilleront l'idée d'un néoplasme. Le diagnostic se pose alors avec les tumeurs ovariennes. Le diagnostic présente à ce moment beaucoup moins d'intérêt.

Quoi qu'il en soit nous sommes persuadé que mieux connue, cessée d'être considérée comme une surprise de laparotomie ou même une découverte histologique cette affection sera diagnostiquée précocement et traitée idéalement.

Et il faut espérer que les travaux à venir sur les tumeurs des trompes ne contiendront plus des phrases aussi désespérément affirmatives que celles lues dans presque tous les ouvrages récents :

« Le tableau clinique du cancer de la trompe est jusqu'ici si peu précis que dans aucun cas le diagnostic n'a été porté ».

Quénu et Longuet, 1901.

« Cliniquement ces tumeurs tubaires ne sont jamais diagnostiquées ».

Soubeyran, 1931.

Je crois que lorsqu'on voudra bien retenir que le cancer tubaire n'est pas une transformation maligne silencieuse d'une vieille salpingite, qu'il se présente cliniquement avec une symptomatologie définie dont le début correspond au début de son évolution, le diagnostic précoce en sera plus souvent fait.

o

PRONOSTIC

Le cancer de la trompe tire toute sa gravité de la rapidité avec laquelle apparaissent des métastases. Aussi les résultats opératoires ne sont pas bons.

Lipschutz relate 4 % de cas guéris. Et encore semble-t-il s'agir de guérisons opératoires seules.

Quénu et Longuet nous disent que les résultats sont discutables pour les statistiques anciennes à cause de l'incertitude des observations publiées. Des 20 cas qu'ils retiennent sur les 35 observations qu'ils rapportent il résulte que les récidives post-opératoires sont très fréquentes et ils notent.

5 morts par récidives dans les 6 premiers mois ;

7 morts par récidives dans les 12 premiers mois ;

3 morts par récidives dans les 18 premiers mois.

Quénu a obtenu deux ans et demi de survie dans 2 cas. Doran rapporte une observation avec huit ans de survie après hystérectomie totale.

Dans les 3 cas que nous publions :

— 1 malade opérée par le Dr Chifoliau il y a 8 ans et revue il y a 3 mois est en parfaite santé. C'était une forme opérée précocement.

— 1 malade opérée par nous il y a 5 mois a été revue il y a 1 mois avec une ascite volumineuse : donc récidi-
ve ou métastase péritonéale. C'était une forme volumi-
neuse très infectée ayant métastasé puisque j'ai dû
réséquer tout le péritoine prévésical.

— 1 malade opérée par le Dr L. Bazy il y a 5 mois a
été revue en parfaite santé avec un état local parfait.

C'était une forme bilatérale mais semblant très limitée
et non infectée macroscopiquement.

Je crois que le pronostic du cancer de la trompe con-
sidéré comme très mauvais — malgré l'opinion de
Doran — du fait des métastases et des récidi-
ves fréquentes et rapides est lié intimement au diagnostic
précoce. C'est en effet un cancer pour lequel on peut
exécuter une chirurgie large et bénigne.

TRAITEMENT

Il est absolument nécessaire de faire une chirurgie large pour traiter cette affection. En 1901, Lecène résume ses directives thérapeutiques dont il fait à juste titre bénéficier les cas macroscopiquement douteux.

« En cas d'opération pour lésions annexielles anciennes très adhérentes et d'aspect macroscopique douteux l'hystérectomie totale s'impose.

Elle n'est pas plus grave que la subtotalaire, elle permet un excellent drainage vaginal et de plus supprime tout l'appareil génital interne qui peut être le siège de métastases interstitielles dont l'examen des organes, au cours de l'acte opératoire, ne permettait pas de soupçonner l'existence ».

C'est là, en effet, le but de la castration totale : supprimer la tumeur et le siège habituel des métastases qui peuvent être invisibles. Aussi serait-ce une grosse faute que de faire une hystérectomie subtotalaire.

Les auteurs allemands ont proposé l'hystérectomie élargie systématique, c'est-à-dire l'ablation du ligament large, du paramètre et de l'appareil lymphatique attenant.

Nous ne croyons pas au besoin systématique d'une telle intervention immédiatement beaucoup plus grave.

Je crois que seule la perception de ganglions sous-péritonéaux au cours de l'intervention constitue une indication. Les indications de l'hystérectomie élargie ne peuvent être fournies que par la vue des lésions.

Enfin des auteurs comme Bretschneider, Thaler et Kalmann sont venus apporter l'espoir de meilleurs résultats en ajoutant les irradiations post-opératoires, certains préférant d'ailleurs les rayons X au radium.

CONCLUSIONS

I. — L'épithéliome primitif des trompes utérines passe pour une affection très rare. Les premiers travaux à lui consacrés sont de date relativement récente : 1888.

Il nous a semblé qu'assez mal connu on en faisait trop rarement le diagnostic.

II. — Au point de vue anatomique c'est un cancer le plus souvent unilatéral qui se complique assez rapidement :

— de métastases (utérines, ovariennes, péritonéales)

— d'infection secondaire salpingienne et périsalpingienne.

La coupe d'une trompe néoplasique montre dans la règle : une tumeur papillaire implantée en un point assez limité de la paroi tubaire et baignant dans un liquide hémorragique.

III. — Au point de vue histologique on en distingue deux grandes formes :

— L'épithélioma cylindrique typique

— et l'épithélioma atypique.

IV. — L'épithélioma primitif des trompes utérines atteint surtout les femmes aux environs de la ménopause.

La notion de salpingite antérieure a été discutée. L'étude des observations antérieurement publiées et des cas observés, nous a montré que l'absence d'histoire clinique de salpingite dans les antécédents de ces malades est la règle.

V. — La symptomatologie du cancer des trompes au début est souvent discrète mais assez définie pour orienter un diagnostic.

La leucorrhée spéciale souvent hémorragique, la crise douloureuse salpingienne jointe à la constatation d'une petite tumeur latéro-utérine constituent une triade, qui chez une femme aux environs de la ménopause et n'ayant aucun passé salpingien doit faire penser à une tumeur de la trompe.

— Plus tardivement la symptomatologie devient bruyante du fait des lésions infectieuses secondaires et des envahissements possibles.

VI. — On peut faire un diagnostic précoce du cancer de la trompe.

— Si on se refuse à poser trop rapidement le diagnostic de salpingite chez une femme dont les premiers troubles sont apparus aux environs de la ménopause sans avoir soigneusement analysé les symptômes qu'elle présente.

— Si on s'efforce de recueillir après dilatation pru-

dente du col utérin des débris tumoraux tombés dans la cavité utérine par l'ostium utérin.

VII. — Le cancer de la trompe utérine est considéré comme d'une extrême malignité, je crois que la très grande majorité des cas publiés ont été traités trop tardivement.

Pour peu de cancers une chirurgie très large sera aussi facile, mais ne peut donner de bons résultats qu'exécutée précocement.

Il nous a paru que si le cancer de la trompe utérine était mieux connu les résultats opératoires seraient bien meilleurs.

VIII. — Lorsqu'on aura soupçonné une tumeur de la trompe on doit sans retard faire accepter une laparotomie à la malade, en cas d'erreur c'est le mode de traitement le plus rationnel des lésions habituellement trouvées.

IX. — Le traitement de choix est l'hystérectomie abdominale totale suivie ou non d'irradiations.

En aucun cas on n'est autorisé à se contenter d'une salpingectomie.

Vu, le Doyen,
ROUSSY.

Vu, le Président de la thèse
PROUST.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

AMREICH. — Ein Fall von primären Tubenkarzinom
Zentralblatt f. Gynäk., Leipzig, 1922, XLVI, p. 209-213).

AUDUZE-ACHER. — (*Thèse Toulouse*, 1911).

B. M. AUSPACH et J. HOFFMANN. — Primary carcinoma of fallopian tube, with report of 2 cases (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 424-428, septembre 1931).

BONISSER. — Carcinoma of the Fallopian tube (*Proc. Roy. Soc. Med. Londres*, 1923-1924. Sect. obst. et Gynec., p. 31).

BARROWS D. N. — Primary carcinoma of fallopian tube with report of 3 Cases (*Amer. Journ. Obst. et Gyn.*, XIII, 1927, juin, p. 710-719).

BECK. — Primäres Tubenkarzinom (*Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1924, XVIII, p. 562).

BOURRELY. — Tumeur primitive des trompes (*Thèse Montpellier*, 1910).

BIAR G. — L'épithélioma primitif des oviductes (*Thèse Paris*, 1924).

E. BERTINI. — Carcinoma primitivo della tromba associato a fibroma dell' utero (*Ann. di Obst.*, 51, 294-307, March 1929).

BOWER J. O. et CLARCK I. H. — Primary bilateral carcinoma of the Fallopian tubes (*Arch. of Surgery* Chicago, 1925, XI, p. 586).

BRUN H. — Contribution à l'étude du cancer de la trompe de Fallope (*Thèse Montpellier*, 1919-20).

BÜLTEMANN H. — Primäres Tubenkarzinom (*Zentralblatt f. Gynäk.*, 1927, avril).

W. P. CALLAHAM, FR. H. SCHILTZ et HELLWIG. — Cancer et tuberculose de la trompe associés (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, n° 1, janvier 1929).

CARAVEN. — Image radiographique d'une grosse pyophysométrie par cancer végétant de l'isthme (*Soc. Nat. de Chir.*, n° 4, 6 février 1932).

COURRIER. — Contribution à l'étude morphologique et fonctionnelle du pavillon de l'oviducte chez les mammifères (*C. R. de Société de biologie de Paris*).

COVARRULIAS A. et ALBERTZ A. — Carcinoma de la trompa de Fallopio (*Bol. Soc. de la Cir. de Chile*, 1926, 10 novembre, p. 188-191).

S. CERBET-BOURGUINE. — Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope (*Thèse Paris*, 1929).

DANEL. — Tumeur primitive des trompes (*Thèse Paris*, 1899).

DELAUNAY. — Cancer prim. de la trompe (*Paris chirurgical*, 1909).

DOUAY. — Précis de Gynécologie, 1928.

DURAN. — Contribution à l'étude du cancer primitif de la trompe de Fallope (*Thèse Bordeaux*, 1928-1929).

ESTÈVE. — *Thèse Montpellier*, 1926-27.

• FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie, 1923, p. 1119.

FAVREAU. — *Thèse Paris*, 1924.

FERGUSON S. A. — Unusual Case of epidermoïd carcinoma of uterus and fallopian tubes (*New-England, J. M.* 204 : 1931).

FLORIS. — Sur un cas de cancer primitif de la trompe (*Zent. f. Gynek.*, 25 octobre 1924).

FONYO. — *Zent. f. Gynek.*, 1913.

FORGUE et GRINFELT. — Contribution à l'étude de l'oblitération de l'orifice abdominal des trompes dans les salpingites (*Bull. Acad. de Méd.*, 1923, n° 33).

GITTELSON J. — Zür Histogenese des primären Tubenkarzino (*Monatschr. f. Geburtsch u. Gynek.*, mai 1928).

GOSSET. — *Annales de Gynec. et Obst.*, mai 1909.

GUILLEMEN et MORLOT. — Cancer primitif de la trompe (*Bull. Obst. et Gynec. de Paris*, 1922).

DE HARVEN. — Adénocarcinome de la trompe utérine (*Le Scalpel*, n° 38, 23 septembre 1933).

G. HASELHORST. — *Zent. f. Gynäk.*, 10 octobre 1931.

G. HASELHORST. — Un adéno-carcinome de la trompe (*Arch. f. Gynäk.*, août 1928).

HEIL K. — Primäres Tubenkarzinom (*Zent. f. Gynäk.*, novembre 1926).

HILLEBRAND. — Ein Fall von prim. karzin. (*Monatsch. f. Geb. u. Gynäk.*, Berlin, 1922).

W. W. HOLLAND. — Primary carcinoma of the fallopian tubes (*Surg. Gynec. Obst.*, novembre 1930).

W. O. JOHNSON A. J. MILLER. — Primary carcinoma of oviduct (*Ann. Surgery*, June 1931).

KALMAN. — Ein Fall von doppelseitigein primären Tubenkarzinom (*Wien med.*, 1922).

KITTLER. — (*Zentralbl. f. Gynäk.*, avril 1927).

KLEIN P. — Ueber einen Fall von karzinom and Tuberculose der Tube (*Zentralbl. f. Gynäk.*, 1929).

KURTZ H. — (*Zeitschr. f. Geburtsh u. Gynäk.*, 1926).

KUSTNER — (*Monats. f. Geburtsh u. Gynäk.*, Berlin, 1922).

Jean LANOS. — 1 cas d'épithélioma primitif de la trompe (*Bull. et Mémoire Société de Chir. de Paris*, février 1933).

L. LE BALLE et R. PATAY. — Epithélioma primitif de la trompe utérine (*Gynéc. et Obst.*, avril 1929).

LECÈNE. — *Annales de Gynéc. et Obst.*, juillet 1909.

LEVEUF et GODARD. — Les lymphatiques de l'utérus (*Revue de Chir.*, 1923, n° 3).

MACREZ. — Tumeurs papillaires de la trompe de Fallope (*Thèse Paris*, 1899).

MARCUS. — The radiat. of pain in lesions of the Fallop. tube (*British Med.*, 1923, n° 3).

R. DE NICOLA. — Sul. carcinoma della tromba (*Gaz. internat. Med. Chirurg.*, janvier 1931).

OLIVIER et MARTIN. — Cancer de la trompe (*Lyon Médical*, 1921).

QUÉNU et LONGUET. — Tumeurs des trompes (*Revue de Chirurgie*, 1901, n° 2).

S. RABINOVITCH et S. O. HORTON. — *J. Obst. et Gynéc.*, may 1931).

ROUSSY et LEROUX. — Diagnostic des tumeurs, 1921.

SAMUEL, WOLFE et BROOKLIN. — (*American Journal of the Obst. and Gynec.*, septembre 1928).

SCHAFER. — Zwei seltene Tubentumoren : Myom und karzin. (*Zentralb. f. Gynak.*, Leipzig, 1923).

SENCERT. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie*, 1912).

SCOTT et M. G. OLIVER. — (*J. Lab. et Clin. Med.*, février 1929).

M. SOUBEYRAN. — Le cancer tubaire primitif (*La Gynécologie*, septembre 1931).

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PHILADELPHIE. — Mars 1933.

STANCA. — Le cancer tubaire primitif (*Gaz. des Hôpit. de Paris*, août 1927).

URSPRUNG. — Primary carcinoma of the Fallopian tube.

WARTON et KROCK. — (*Arch. of Surgery*, novembre 1929).

R. E. WALKINS et W. M. WILSON. — (*Surg. Gyn. Obst.* July 1930).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Historique.....	11
Anatomie pathologique.....	13
Observations.....	23
Etude Clinique.....	29
Diagnostic.....	44
Pronostic.....	52
Traitement.....	54
Conclusions.....	57
Bibliographie.....	61
